

Para un mejor manejo de mi salud y mis medicamentos yo:

- ✓ Llevaré este Registro personal de salud conmigo a donde quiera que vaya, incluyendo TODAS las visitas al doctor y futuras hospitalizaciones.
- ✓ Llamaré a mi doctor si tengo alguna pregunta acerca de mis medicamentos o si deseo cambiar el modo en que tomo mis medicamentos.
- ✓ Hablaré con mi doctor acerca de TODOS los medicamentos que estoy tomando, incluyendo las fórmulas de hierbas, las vitaminas y los fármacos sin receta médica.
- ✓ Actualizaré la sección de Registro de medicamentos en este Registro personal de salud si hubiese ALGÚN cambio en mis medicamentos.
- ✓ Haré preguntas, de modo que sabré por qué estoy tomando cada medicamento.
- ✓ Haré preguntas, de modo que sabré cuánto, cuándo y durante cuánto tiempo tomaré cada medicamento.
- ✓ Preguntaré acerca de los posibles efectos secundarios de los medicamentos para estar atento y saber qué hacer si noto alguno.

PREGUNTAS para mi médico de atención primaria

Este material es una adaptación del Registro personal de salud desarrollado por el Dr. Eric Coleman, la UCHSC, HCPR, preparado por la IPRO, la Organización para el mejoramiento de la calidad de Medicare en Nueva York, y adaptado por la HQSI, la Organización para el mejoramiento de la calidad de Medicare en Nueva Jersey, bajo contrato con los Centros para los servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), una agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. El contenido no necesariamente refleja la política de los CMS. 9th SOW NJ-7.2-08-05 Span.



Registro personal de salud



Este Registro personal de salud pertenece a

Si tiene algun pregunta o inquietud, comuníquese con

1) _____ (____) - ____ - _____

Nombre y número de teléfono del médico de atención primaria

Estoy recibiendo servicios de cuidados a domicilio de

1) _____ (____) - ____ - _____

Nombre y número de teléfono 24 horas/7 días de la Agencia de atención médica a domicilio

Otros servicios comunitarios que estoy recibiendo

2) _____ (____) - ____ - _____

Nombre del servicio

Número de teléfono

3) _____ (____) - ____ - _____

Nombre del servicio

Número de teléfono

RECUERDE llevar este Registro personal de salud a todos sus visitas al hospital y al doctor.

INFORMACIÓN PERSONAL

Dirección _____

(____) - ____ - ____ (____) - ____ - ____
Número de teléfono de casa Número de teléfono alternativo

Fecha de nacimiento ____/____/____

Nombre del médico de atención primaria (____) - ____ - ____
Número de teléfono

Médicos de otras especialidades

Nombre del médico (____) - ____ - ____
Número de teléfono

Nombre del médico (____) - ____ - ____
Número de teléfono

Seguro _____

Nombre de la farmacia (____) - ____ - ____
Número de teléfono

Documento de voluntades anticipadas (Marque las que correspondan.)

Testamento en vida Poder para la atención médica

Orden de no resucitar

Nombre del Apoderado para la atención médica (____) - ____ - ____
Número de teléfono

Donante de órganos Sí No

SIGNOS DE ALERTA

META(S) DE SALUD PERSONAL(ES)

ANTECEDENTES MÉDICOS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos anormales | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Fractura de cadera |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Endurecimiento de las arterias | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Derrames cerebrales |

Antecedentes médicos adicionales

CIRUGÍAS/ FECHAS

| | |
|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre del cuidador _____

Relación con el paciente _____

(_____) _____ - _____

Número de teléfono de casa del cuidador _____

(_____) _____ - _____

Número de teléfono alternativo del cuidador _____

INFORMACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

1) Admisión ___/___/___ Alta ___/___/___

Motivo de la hospitalización _____

2) Admisión ___/___/___ Alta ___/___/___

Motivo de la hospitalización _____

3) Admisión ___/___/___ Alta ___/___/___

Motivo de la hospitalización _____

4) Admisión ___/___/___ Alta ___/___/___

Motivo de la hospitalización _____

